



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA

**MANEJO DA ANOREXIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

JOÃO PESSOA - PB

2019

RAQUEL BEZERRA BARBOSA DE MOURA

**MANEJO DA ANOREXIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Especialização em
Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da
Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como
exigência para obtenção do título de Especialista
em Cuidados Paliativos.

Orientador(a): Profº Dr. Ângelo Brito Pereira de Melo

João Pessoa - PB

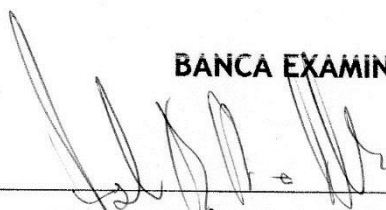
2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba

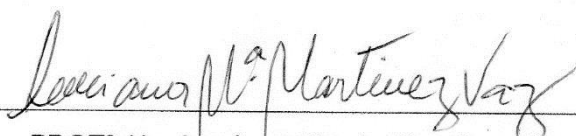
Apresentado em: 22 / 08 / 2019

BANCA EXAMINADORA



PROF^o Dr. Ângelo Brito Pereira de Melo

ORIENTADOR



PROF^a Ms. Luciana Maria Martinez Vaz

MEMBRO TITULAR



PROF^a Ms. Thamires Ribeiro Chaves

MEMBRO TITULAR



PROF^a Dr^a Caroline de Sousa Cabral

MEMBRO SUPLENTE

João Pessoa - PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M929m Moura, Raquel Bezerra Barbosa de.

MANEJO DA ANOREXIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA / Raquel Bezerra Barbosa de Moura. - João
Pessoa, 2019.
33 f. : il.

Orientação: Ângelo Brito Pereira de Melo.
TCC (Especialização) - UFPB/CCS.

1. Cuidados Paliativos. 2. Nutrição. 3. Dietoterapia.
4. Anorexia. 5. Tratamento Farmacológico. I. Melo,
Ângelo Brito Pereira de. II. Título.

UFPB/BC

DEDICATÓRIA

Aos pacientes que foram, estão e ainda serão internados na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão ao Deus triúno Todo-Poderoso, Salvador e Consolador, que me capacitou na elaboração deste trabalho, esteve presente em todo o tempo durante a especialização, fortalecendo minha vida e trazendo conforto e esperança nos momentos difíceis.

Ao meu esposo Walter, meu maior incentivador e apoiador, aquele me acolhe, me aconselha, enxuga minhas lágrimas, me anima e me motiva a persistir. Você teve um papel fundamental para que eu pudesse chegar até aqui. Te amo demais, meu Príncipe!

Aos meus filhos Sarah e Pedro por compreenderem minha ausência, por serem a razão do meu esforço e pela demonstração diária de amor e afeto. Eu amo vocês incondicionalmente.

À minha mãe, Maria do Carmo, minha irmã Rebeca e sobrinhos Samuel e Gabriel pelo carinho e palavras de motivação.

À minha sogra Josefa pelo apoio e auxílio diariamente.

Aos meus colegas de especialização, em especial, aos nutricionistas Renan e Janine, companheiros de trabalho e verdadeiros amigos que ganhei de presente, por todo auxílio, motivação, pelo compartilhamento de saberes, de risadas e até de lágrimas. Vocês são muito especiais para mim.

A todos os nutricionistas da Unidade de Nutrição Clínica do HULW pelo apoio e amizade, em especial, à querida Chefe Adriana Carvalho, responsável por minha liberação para a pós a fim de ter uma profissional capacitada na área de cuidados paliativos, agradeço a compreensão e apoio de sempre.

Aos residentes Caio, Bárbara, Daniela e Juliana que também me apoiaram na clínica durante as ausências nas aulas da pós.

Ao meu orientador Profº Dr. Ângelo Melo pela dedicação em me auxiliar na realização do artigo final e aos membros da banca examinadora, Profª Ms. Luciana Martinez e Profª Ms. Thamires Ribeiro pelas contribuições e elogios na apresentação do trabalho. As palavras de vocês ficarão para sempre em meu coração.

Por fim, a todos os professores e membros da coordenação do curso, em especial à Coordenadora Profª Drª Solange Costa, mentora da Especialização e apaixonada pela filosofia dos cuidados paliativos, pela dedicação em buscar fornecer um curso de excelente qualidade.

RESUMO

Objetivo: Identificar as condutas para o manejo da anorexia em cuidados paliativos através de uma revisão integrativa. **Métodos:** A pesquisa se subdividiu em seis etapas e o levantamento dos dados deu-se através da pesquisa em quatro bases de dados/bibliotecas virtuais. Incluíram-se artigos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos dez anos e com o texto completo disponível. **Resultados:** Foram elegíveis 25 artigos, e foram atribuídos dois eixos temáticos para melhor ilustrar os dados encontrados: o manejo farmacológico e o não-farmacológico. Corticosteroides, progestinas, anamorelina e dronabinol foram os fármacos mais pesquisados para o controle da anorexia, com maiores evidências de eficácia nos 3 primeiros. No contexto não-farmacológico, o aconselhamento nutricional foi a medida mais indicada, incluindo a fortificação de alimentos e uso de suplementos e a nutrição artificial mais controversa. **Conclusão:** Os achados desta revisão podem colaborar para a elaboração de protocolos para o manejo da anorexia em cuidados paliativos.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Nutrição; Dietoterapia; Anorexia; Tratamento farmacológico.

ABSTRACT

Objective: Identify the approaches for the treatment of anorexia in palliative care through an integrative review. **Methods:** The study was subdivided into six stages and the data collection occurred by researching four databases/virtual libraries. Articles in Portuguese, English and Spanish, published over the last ten years and with the full text available, were included. **Results:** 25 articles were selected, and two thematic axes were assigned in order to better illustrate the data found: pharmacological and non-pharmacological treatment. Corticosteroids, progestins, anamorelin and dronabinol were the most-researched drugs for the control of anorexia, with greater evidence of effectiveness for the first three. In the non-pharmacological treatment, nutritional counseling was the most recommended measure, including the fortification of foods and the use of supplements and the more-controversial artificial nutrition. **Conclusion:** The findings of this review may aid in the development of protocols for the treatment of anorexia in palliative care.

DESCRIPTORS: Palliative care; Nutrition; Diet Therapy; Anorexia; Drug Therapy

RESUMEN

Objetivo: Identificar las conductas para el manejo de la anorexia en cuidados paliativos a través de una revisión integradora. **Métodos:** La investigación se subdividió en seis etapas y el levantamiento de datos ocurrió mediante búsqueda en cuatro bases de datos/bibliotecas virtuales. Se incluyeron artículos en portugués, inglés y español, publicados en los últimos diez años y con texto completo disponible. **Resultados:** Fueron elegibles 25 artículos, siendo atribuidos dos ejes temáticos para ilustrar mejor los datos encontrados: el manejo farmacológico y el no farmacológico. Corticosteroides, progestinas, anamorelina y dronabinol han sido los fármacos más buscados para el control de la anorexia, con mayores evidencias de eficacia en los 3 primeros. En el contexto no farmacológico, el asesoramiento nutricional fue la medida más indicada, incluyendo la fortificación de alimentos y uso de suplementos y la nutrición artificial más controversia. **Conclusión:** Los hallados de esta revisión pueden colaborar para la elaboración de protocolos para el manejo de la anorexia en cuidados paliativos.

DESCRIPTORES: Cuidados paliativos; Nutrición; Dietoterapia; Anorexia; Quimioterapia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 MÉTODO.....	11
3 RESULTADO.....	12
4 DISCUSSÃO	16
5 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXOS	27
ANEXO 1 - NORMAS DA REVISTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	27

MANEJO DA ANOREXIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA*

ANOREXIA MANAGEMENT IN PALIATIVE CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

MANEJO DE ANOREXIA EN CUIDADO PALIATIVO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Raquel Bezerra Barbosa de Moura¹, Ângelo Brito Pereira de Melo²

¹ Nutricionista, Especialista em Saúde Pública pela FACISA, Nutricionista da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH), João Pessoa-PB-Brasil.

² Prof. De Endodontia da UFPB, Doutor em Endodontia, Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH), João Pessoa-PB-Brasil.

Autor correspondente:

Raquel Bezerra Barbosa de Moura, Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH). Rua Eilzo Afonso Marques de Carvalho, n. 153, apto. 201 Bloco A, Água Fria, CEP: 58053-018, João Pessoa-PB, Brasil. Telefone: (83) 98840.7734. Email: raquelnutri@gmail.com

* Artigo baseado em monografia de conclusão de Especialização em Cuidados Paliativos, Centro de Ciências da Saúde, Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH): Moura RBB. Manejo da anorexia em cuidados paliativos: uma revisão integrativa da literatura. [monografia] Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB/EBSERH), 2019.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a filosofia dos Cuidados Paliativos é visualizada ainda nos primórdios da era cristã. No Brasil, seu início data da década de 80, com potencial crescimento a partir do ano 2000¹. A Organização Mundial de Saúde - OMS (2002) conceitua Cuidados Paliativos como sendo uma abordagem que busca a promoção da prevenção e alívio do sofrimento, melhorando, assim, a qualidade de vida de pacientes e familiares que são acometidos de enfermidades que ameacem a vida².

A anorexia é a perda de apetite ou o desejo de comer, sendo comum entre pacientes com doenças graves, crônicas e ameaçadoras da vida³. Em casos de doenças avançadas, pode levar ao declínio do estado nutricional, à perda de massa magra, bem como ao comprometimento da função muscular, fato este que afeta a qualidade de vida e são indicadores de mau prognóstico⁴.

Nessa perspectiva, vê-se a atuação do nutricionista como um grande desafio na prática clínica em se tratando de pacientes em cuidados paliativos, sobretudo no manejo de sintomas clínicos comuns como anorexia, perda ponderal e outros que causam impacto direto na condição nutricional, havendo necessidade de uma intervenção que busque a manutenção do estado nutricional como também promover o bem-estar, nas diversas fases da doença. Os objetivos do suporte nutricional, à medida que a terminalidade da vida se aproxima, voltam-se mais para a qualidade de vida do que para a adequação nutricional. É aí que entra o grande dilema entre conciliar a intervenção nutricional e a finalidade da palição de oferecer conforto e auxiliar no controle dos sintomas⁵.

Isto posto, levanta-se o seguinte problema norteador: Quais as condutas mais eficazes no manejo da anorexia em cuidados paliativos?

Diante da problemática suscitada, este estudo tem como objetivo identificar as condutas a serem aplicadas no manejo da anorexia dos pacientes em cuidados paliativos por meio de uma revisão integrativa da literatura.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa cujo percurso metodológico se subdividiu em seis etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e da busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão⁶.

O levantamento bibliográfico foi realizado através de busca eletrônica nas seguintes bases de dados: MEDLINE/PubMed e LILACS, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na biblioteca eletrônica *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) entre os meses de março a maio de 2019 utilizando os seguintes termos de busca: “*palliative care*” AND “*nutrition*” OR “*diet therapy*” AND “*anorexia*”.

Os critérios de inclusão foram artigos completos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, que apresentassem a temática proposta no título, resumo ou descritores. Foram critérios de exclusão: artigos publicados há mais de dez anos; cartas ao editor; editoriais; publicados em outros idiomas que não fossem português, inglês e espanhol que não abordassem a temática proposta e estivessem em duplicidade.

Após a seleção dos artigos, definiram-se as informações relevantes de cada estudo, descrevendo-as em quadros, agrupando-as em categorias temáticas e interpretando-as à luz da literatura.

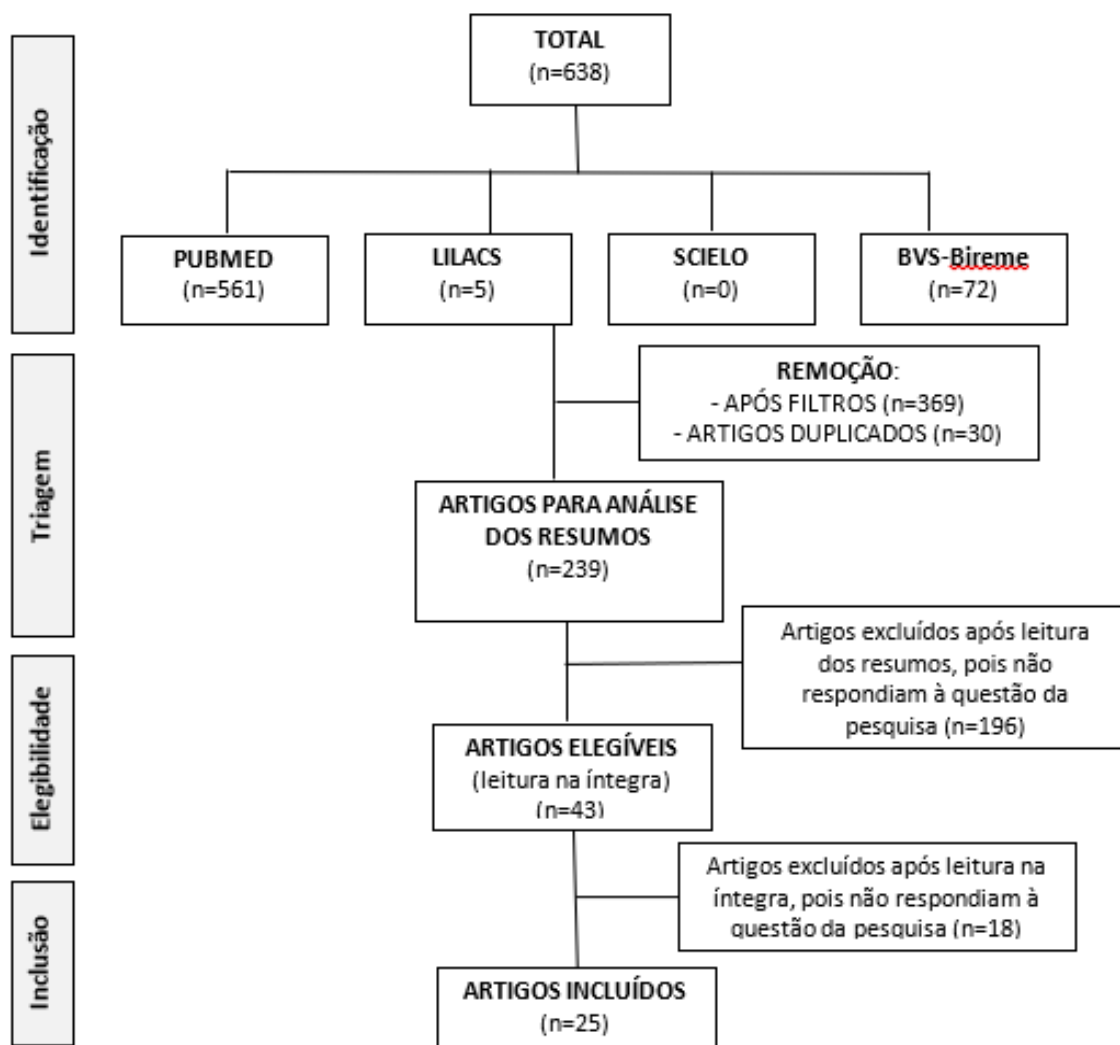


Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção das publicações de acordo com o PRISMA Statement⁷.

3 RESULTADOS

Analisou-se 25 artigos, cujos critérios de inclusão foram atendidos e responderam à questão norteadora, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Identificação dos artigos incluídos na revisão integrativa

Título	Autor/Ano/ País	Tipo de estudo	Principais achados
Syntoms of and Palliative Treatment for Unresectable Skin Cancer	Goto et al., 2019 / Japão ⁸	Revisão	Tratamentos para anorexia: suporte nutricional oral (SNO) e abordagens farmacológicas. A nutrição parenteral (NP) não demonstrou benefício na sobrevida e aumentou a incidência de infecções e complicações mecânicas. Há alguma evidência de progestinas e corticosteroides para anorexia.
Nutrition and hydration in palliative care	Hurlow, 2019/ Inglaterra ⁹	Revisão	Estimulantes do apetite não conseguem melhorar de forma consistente a massa e a função muscular, podendo expor a efeitos colaterais indesejáveis. Terapias nutricionais (TN): promoção de um ambiente adequado nas refeições, assistência e acessibilidade, alimentos fortificados, SNO, NP ou enteral.
Low-dose of olanzapine has ameliorating effects on cancer-related anorexia	Okamoto; Shono; Nozaki-Taguchi, 2019/ Japão ¹⁰	Estudo de Coorte (N=80)	A ingestão de alimentos aumentou nos 3 dias após o início da olanzipina (OLZ) em pacientes com câncer sem náusea, sugerindo que a OLZ tem um efeito de melhoria na anorexia relacionada ao câncer. A baixa dose de OLZ é um tratamento promissor para a anorexia relacionada ao câncer.
Clinical Guidelines for Management of Gastrointestinal Symptoms in Cancer Patients	Hisanaga et al., 2019/ Japão ¹¹	Guideline	Corticosteroides: Recomenda-se o uso (1B), com atenção cuidadosa em pacientes com administração a longo prazo ou com mau estado geral. Progestagênio: é sugerido o uso (2B), porém deve-se ter atenção ao risco de embolia pulmonar com doses elevadas.
A hunger for hunger: a review of palliative therapies for cancer associated anorexia	Childs; Jatoi, 2019/ EUA ⁴	Revisão	NP: aumento nas complicações totais. Aconselhamento dietético (AD): pacientes relatam benefícios maiores do que aqueles que não o recebem. Progestinas e corticosteroides: melhoram o apetite em pacientes oncológicos. Anamorelina demonstrou capacidade de anorexia paliativa em pacientes com câncer de pulmão. Dronabinol é inferior para melhoria do apetite e ganho de peso do que o acetato de megestrol (AM).
Health-related quality of life across cancer cachexia stages	Kasvis; Vigano; Vigano, 2018/ Canadá ¹²	Revisão	Corticosteroides: melhorias na anorexia e na qualidade de vida (QV) geral. AM: eficaz em melhorar o apetite. Anamorelina: efeito positivo no apetite e peso em pacientes oncológicos. Canabinoides: evidências limitadas e sem qualidade apoiando os canabinoides para estimulação do apetite e ganho de peso em pacientes oncológicos.
Systematic review and meta-analysis of	Mücke et al., 2018/	Revisão	AM apresenta melhores resultados que o dronabinol. Nenhuma recomendação pode ser feita para o uso de canabinoides no tratamento de cuidados paliativos (CP) para

cannabinoids in palliative medicine	Alemanha ¹³		câncer, HIV-AIDS ou demência.
Evidence-based palliative care approaches to non-pain physical symptom management in cancer patients	Hagmann et al., 2018/ EUA ¹⁴	Revisão	Abordagens não farmacológicas: dieta e atividade física. Opções farmacológicas: AM, dronabinol e dexametasona. Há limitações para o uso de cada um desses agentes, com efeitos colaterais diversos.
Palliative Care in the Management of Patients with Advanced Heart Failure	Lowey, 2017/ EUA ¹⁵	Revisão	Intervenções não farmacológicas: pequenas refeições à temperatura ambiente, alimentos/líquidos fortificados primeiro na refeição, evitar alimentos e líquidos com pouco valor nutricional, introduzir SNO, oferecer pratos culturais e manter refeições familiares. Deve-se avaliar as metas de cuidado do paciente em conjunto com o estágio da doença antes de decidir se a nutrição artificial (NA) deve ser iniciada. Intervenções farmacológicas: AM demonstrou estimular o apetite e promover ganho de peso.
Oncology Update: Anamorelin	Prommer, 2017/ USA ¹⁶	Revisão	Nos estudos de fase 3, a anamorelina reverte os sintomas da anorexia e aumenta a massa magra em pacientes com câncer de pulmão. Representa uma nova opção para o manejo da anorexia-caquexia.
Managing the nutritional needs of palliative care patients	Day, 2017/ Inglaterra ⁵	Revisão	Estratégias não-farmacológicas: pequenas refeições ou lanches frequentes, sobremesas individuais, encorajar o paciente a aproveitar os dias de melhor apetite. Dexametasona pode ser usado, mas seu efeito é curto. A dietoterapia deve ser revisada à luz do estágio da doença.
ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients	Arends et al., 2017/ Alemanha ¹⁷	Guideline	Considerar corticosteroides e progestágenos para aumentar o apetite de pacientes com câncer anoréxico, ciente dos efeitos colaterais. Existem dados clínicos consistentes insuficientes para recomendar canabinoides na melhoria da anorexia. Anamorelina melhora o apetite, peso corporal e massa magra.
ESPEN expert group recommendations for action against cancerrelated malnutrition	Arends et al., 2017b/ Alemanha ¹⁸	Posicionamento de especialistas	O AD é a primeira atitude para o manejo de pacientes oncológicos desnutridos. SNO pode preencher lacunas nutricionais quando os pacientes estão em risco. Nos cuidados de fim de vida, a nutrição é adaptada às necessidades sintomáticas e destina-se a apoiar a QV.
Predictors of responses to corticosteroids for anorexia in advanced cancer patients: a	Matsuo et al., 2016/ Japão ¹⁹	Estudo observacional prospectivo	Baixas doses de corticosteroides parecem ser eficazes para a anorexia em pacientes oncológicos em estado terminal se tiverem uma condição geral razoável e sem sonolência.

multicenter prospective observational study		o multicêntrico (N = 180)	
Pharmacovigilance in hospice/ palliative care: the net immediate and short-term effects of dexamethasone for anorexia	Hatano et al., 2016/ Austrália ²⁰	Estudo de Coorte (N=114)	A dexametasona parece fornecer benefícios sintomáticos a curto prazo e deve ser interrompida após 7 dias se houver danos e nenhum benefício sintomático.
Conservative Care of the Elderly CKD Patient: A Practical Guide Palliative Pharmacotherapy: State-of-the-Art Management of Symptoms in Patients With Cancer	Raghavan; Holley, 2016/ EUA ²¹ Prommer, 2015/ EUA ²²	Revisão Revisão	Em pacientes com náuseas, utilizar antieméticos. Pacientes com gastroparesia, receber metoclopramida. Nos que não respondem às medidas mencionadas, AM, dronabinol ou prednisona podem ser tentados. Suporte nutricional inclui AD, SNO e dieta enteral. AM: estudos mostraram melhora significativa quanto ao apetite, náusea e ganho ponderal. Corticoides podem melhorar o apetite e ganho de peso. Seus efeitos são rápidos, mas de curta duração. O dronabinol é inferior às combinações de AM e AM/dronabinol e não é recomendado para anorexia/caquexia do câncer. Anamorelina: aumento da massa magra e diminuição dos sintomas de anorexia/caquexia em pacientes oncológicos.
Use of Corticosteroids for Anorexia in Palliative Medicine: A Systematic Review Palliative care at the end of life	Miller et al., 2014/ Irlanda do Norte ²³ Lynch, 2014/ EUA ²⁴	Revisão (N=8) Revisão	Estudos mostraram melhora no apetite com o corticosteroide estudado. A evidência de melhor qualidade é para um curso de oito semanas de metilprednisolona intravenosa. Tratamento de potenciais causas secundárias reversíveis. Terapias farmacológicas: AM e corticosteroides são apoiados.
Opportunities for Targeting the Fatigue-Anorexia-Cachexia Symptom Cluster	Alesi; del Fabbro, 2014/ EUA ²⁵	Revisão	O AM tem um papel no tratamento da anorexia. Os corticosteroides podem ser úteis para propósitos de curto prazo. A anamorelina pode melhorar os resultados relacionados aos sintomas fadiga-anorexia-caquexia.
Role of Supportive Care for Terminal Stage Hepatocellular Carcinoma	Kumar; Panda, 2014/ Índia ²⁶	Revisão	Estudos demonstraram que o AM melhora o apetite. A NA, tal como a NP não foi demonstrada para aumentar a massa corporal magra. AD individualizado em pacientes oncológicos é efetivo em melhorar a ingestão alimentar, o estado nutricional (EN) e a QV.
Megestrol acetate for	Ruiz Garcia	Revisão	O AM pode ser prescrito em pacientes oncológicos para aumentar o apetite e o ganho

treatment of anorexia-cachexia syndrome (Review)	et al., 2013/ Espanha ²⁷		ponderal, devendo-se enfatizar que provavelmente não levará à recuperação total da perda ponderal ou à QV, estando relacionada a eventos adversos.
Treatment of Non-Pain-Related Symptoms	Von Gunten; Gafford, 2013/ EUA ²⁸	Revisão	O uso rotineiro de NP para pacientes em quimioterapia deve ser fortemente desencorajado, assim como o AD não melhora o resultado do paciente. Fortes evidências sugerem que corticosteroides e progestinas são eficazes na melhora do apetite.
Assessment and Management of Gastrointestinal Symptoms in Advanced Illness	McHugh; Miller-Saultz, 2011/ EUA ²⁹	Revisão	AM é usado como terapia de primeira linha, particularmente para anorexia de câncer. Canabinoides demonstraram afetar a expressão de citocinas. Os corticosteroides são usados para suprimir a resposta imune e a atividade das citocinas. Medidas não farmacológicas: Diários alimentares, avaliação nutricional e apoio.
Quantifying the impact of standardized assessment and symptom management tools on symptoms associated with cancer-induced anorexia cachexia syndrome	Andrew et al., 2009/ Reino Unido ³⁰	Estudo de Coorte (N=28)	As intervenções consistiram em conselhos e medicamentos recomendados. Houve melhora ao longo das 4 semanas do estudo, sugerindo que os conselhos básicos e medidas simples de medicamentos podem ter impacto rápido nos sintomas.

SNO: Suporte Nutricional Oral; NP: Nutrição Parenteral; TN: Terapias nutricionais; OLZ: Olanzipina; AD: Aconselhamento Dietético; AM: Acetato de Megestrol; QV: Qualidade de Vida; CP: Cuidados Paliativos; NA: Nutrição Artificial; EN: Estado Nutricional.

4 DISCUSSÃO

Observa-se que 64% dos artigos encontrados trazem o manejo da anorexia no contexto do paciente oncológico. Isto traz a perspectiva do grande número de publicações em CP relacionadas aos pacientes com câncer haja vista que esta patologia se encontra como a segunda principal causa de morte no mundo, onde a apresentação tardia e o diagnóstico e tratamento inacessíveis são comuns³¹ sendo a abordagem da palição imprescindível.

Para melhor ilustrar os resultados, foram elaborados dois eixos temáticos quanto ao manejo da anorexia em CP: farmacológico e não-farmacológico.

4.1 MANEJO FARMACOLÓGICO

Dos 25 artigos, 24 (96%) abordam o uso de medicamentos utilizados no manejo da anorexia em CP. Os medicamentos mais citados foram: corticosteroides (70,8%), progestinas (62,5%), anamorelina (33,3%), e o dronabinol (33,3%).

Corticosteroides

O uso de corticosteroides demonstrou evidências benéficas em pacientes oncológicos, incluindo a dexametasona, metilprednisolona e betametasona²³. De acordo com o Guideline da *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) para pacientes oncológicos¹⁷, não há evidências suficientes para recomendar um determinado tipo de corticoide em detrimento de outro, porém, a dexametasona é frequentemente selecionada devido à ausência de efeitos mineralocorticoides²⁸.

Matsuo e col. Publicaram, em 2017, um estudo realizado no Japão que objetivou identificar os fatores potenciais que predizem respostas aos corticosteroides para anorexia em pacientes oncológicos recebendo serviços de CP e explorar os efeitos clínicos desse tratamento. Os pacientes tinham câncer avançado e um escore de intensidade de anorexia acima de 4 numa escala de 0 a 10 (NRS). Identificou-se que o preditor mais importante foi a condição geral do paciente (Escala de Performance Paliativa - PPS > 40) e os corticosteroides alcançaram uma redução de 2,3 pontos na escala NRS de anorexia. Concluiu-se que os pacientes com câncer avançado podem se beneficiar com o uso de corticosteroides se tiverem uma condição geral razoável e sem sonolência¹⁹.

O efeito antianorético dos corticoides é considerado transitório, desaparecendo após algumas semanas. Os efeitos colaterais mais comuns associam-se à duração do tratamento e dose cumulativa: síndrome de Cushing, resistência à insulina, hiperglicemia, insuficiência adrenal, imunossupressão, risco de infecção e osteopenia^{14 17}. A ESPEN (2017) sugere que o uso de corticosteroides em pacientes oncológicos deve ser indicado nos casos

de expectativa de vida curta, especialmente se tiverem outros sintomas que também possam ser aliviados com este tipo de medicamento, como dor ou náusea, devido aos efeitos adversos com o uso prolongado¹⁷.

Progestinas (Acetato de Megestrol)

Dentre os agentes progesteracionais mais estudados, está o AM — um derivado sintético do hormônio progesterona²⁸. Revisões recentes apontam o AM como um eficaz estimulante de apetite, sendo considerado um tratamento de primeira linha na anorexia em pacientes oncológicos²⁹.

Uma revisão publicada na *The Cochrane Library* em 2013 mostrou que o AM melhora o apetite, tem um pequeno efeito no ganho ponderal, não melhora a QV e pode acarretar efeitos colaterais, principalmente quando utilizado em altas dosagens, como a ocorrência de trombos e mortes²⁷. Corroborando esses achados, Childs e Jatoi apresentaram, em 2019, uma revisão da anorexia e como administrá-la em pacientes oncológicos, cujo resultado mostrou que, de fato, o AM melhora o apetite em pacientes com câncer avançado⁴. Os efeitos colaterais mais comuns do uso do AM foram: aumento do risco de tromboembolismo; sendo aumentado pela quimioterapia concomitante²⁸; diarreia; insuficiência adrenal¹⁴ e dispneia¹².

O Guideline da ESPEN traz, como consenso, considerar o uso do AM para aumentar o apetite de pacientes oncológicos em quadro avançado, estando ciente dos graves efeitos colaterais. Com alto nível de evidência, observa-se o aumento do apetite e do peso, porém, o não aumento da massa magra¹⁷.

A duração da resposta ao AM é maior do que com os corticosteroides, sendo indicado em pacientes com uma expectativa de vida de alguns meses ou mais. Quanto aos pacientes com baixa expectativa de vida ou com história de tromboembolismo, indica-se o uso da dexametasona, por ser menos propenso a promover efeitos colaterais de corticoides em curto prazo²⁸. Dos artigos estudados, as doses comuns de uso do AM foram de 160 a 1.600mg, com risco de tromboembolismo e outros eventos adversos em doses acima de

800mg^{11 28 26 17 25 24 22}.

Anamorelina

A anamorelina é análoga da grelina, porém com uma meia-vida de quase 7 a 12 horas, portanto, mais longa que a grelina natural¹⁶, e vem sendo testada como agente de estimulação do apetite, demonstrando capacidade em melhorar a anorexia em CP⁴.

Prommer, em 2017, realizou uma atualização oncológica que objetivou analisar o efeito da anamorelina sobre a caquexia, concluindo que o fármaco reverte os sintomas da anorexia e aumenta a massa magra em pacientes com câncer de pulmão avançado, representando uma nova opção para o manejo da anorexia-caquexia do câncer¹⁶.

A dosagem utilizada de anamorelina nos estudos foi de 100mg/dia e as reações adversas comuns foram hiperglicemia, náuseas e edema¹².

Dronabinol

O dronabinol é o canabinoide sintético mais estudado para reverter anorexia em pacientes em CP²².

O Guideline da ESPEN traz que embora o dronabinol possa melhorar a percepção quimiossensorial e o apetite em pacientes com anorexia, tal evidência é fraca e não apoia uma recomendação¹⁷. Em contrapartida, um estudo realizado no Canadá, com 54 pacientes submetidos a tratamento com canabinoide durante 3 meses a fim de avaliar as alterações nos escores de apetite apresentou, como resultado, uma melhora significativa neste escore entre o início e o acompanhamento após o tratamento, sem diferença significativa no peso¹².

Uma recente revisão sistemática avaliou o uso de canabinoides em CP, de modo que os autores concluíram que nenhuma recomendação pode ser feita para o uso de canabinoides no tratamento de CP de câncer, HIV/AIDS ou demência, sendo necessárias mais pesquisas para identificar a segurança e eficácia deste fármaco¹³. Os estudos que compararam o AM com o dronabinol concluíram que este é inferior para a melhoria do apetite e ganho ponderal, além de não acrescentar nenhum benefício quando usado em

combinação com o AM^{22 4}.

Os principais efeitos adversos dos canabinoides são sonolência, tontura, euforia¹⁴, desaceleração cognitiva²⁴, ansiedade, fadiga, boca seca¹², alucinações, e distúrbios cardiovasculares, havendo necessidade de uma prescrição criteriosa por se tratar de uma droga listada como psicotrópica e narcótica¹⁷.

4.2 MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO

O manejo não-farmacológico da anorexia é abordado em 40% dos artigos, ocorrendo principalmente através do aconselhamento nutricional (AN), suplementação oral (SO) e NA.

A alimentação tem um importante papel no bem-estar biopsicossocial dos pacientes em CP, afetando sua QV. Em geral, o AN é a primeira intervenção em pacientes anoréticos em CP e se dá após a avaliação pelo nutricionista, verificando a ingestão alimentar e a presença de sintomas relacionados ao baixo consumo, prescrevendo-se individualmente a dietoterapia¹⁷.

As intervenções de aconselhamento fornecem instruções a respeito da fortificação dos alimentos, mudanças de consistência, orientações quanto à frequência e quantidade das refeições, levando em consideração o quadro clínico e sintomas relacionados, além do ambiente propício e apoio familiar, haja vista que uma boa comunicação é essencial para se lograr um maior sucesso da intervenção^{4 5 15 29 17 18}. Importante lembrar que, em CP, devem-se revisar os objetivos da dietoterapia à luz do estágio da doença de base, reconhecendo, como maior intenção, a busca pelo conforto, alívio de sintomas desagradáveis e promoção de melhor QV⁵.

Em 2009, Andrew e col. buscaram determinar se a avaliação padronizada e o manejo de sintomas comuns melhoravam os sintomas dos pacientes oncológicos em CP. Os conselhos não farmacológicos mais utilizados foram: coma pouco e muitas vezes, coma o que quiser, quando quiser, use pratos pequenos e coma seus alimentos favoritos. Observou-se a melhora dos sintomas ao longo de 4 semanas do estudo, sugerindo que os conselhos básicos e medidas simples de medicamentos podem ter impacto rápido nos

sintomas³⁰.

Day, em 2017, trouxe algumas estratégias para o gerenciamento da anorexia elencadas por Miller em 2014: pequenas refeições ou lanches frequentes, lanches como nozes, sementes e frutas secas, sobremesas individuais e aproveitar os dias de melhor apetite. Quanto à fortificação dos alimentos, a estratégia seria reduzir as porções e aumentar a densidade calórico-proteica através da adição de 2 a 4 colheres de sopa de leite em pó desnatado em 580 mL de leite integral, usando esta preparação em cereais, sopas, pudins e vitaminas. Outro método é a adição de queijos, manteigas e cremes em sopas e batatas e a adição de lentilhas ou feijões em sopas. Para os que apresentam saciedade precoce e não conseguem fazer uma refeição completa, é válido o acréscimo de proteínas aos lanches através de sobremesas individuais, iogurte do tipo grego, sementes, abacate e queijo⁵.

Corroborando a revisão de Day (2017), Lowey (2017) trouxe, como intervenção não farmacológica: cuidados com a boca; o encorajamento de pequenas refeições e lanches frequentes; maior refeição pela manhã ou, quando a energia é melhor, iniciar as refeições com alimentos ou líquidos fortificados; evitar alimentos e líquidos com pouco ou nenhum valor nutricional; fornecer pratos culturais e manter os rituais das refeições familiares, com ambiente agradável¹⁵. Além dessas intervenções, Hurlow (2019) trouxe a preocupação com o apoio alimentar para garantir a acessibilidade aos alimentos e bebidas através de um melhor posicionamento da mesa, uso de implementos adaptados e assistência física para a alimentação⁹.

Quanto ao impacto sobre o ganho ponderal, resposta ao tratamento e sobrevida, os estudos de Von Gunten e Gafford (2013), Hagmann e colaboradores (2018) e Childs e Jatoi (2019) trazem que não há um impacto positivo nesse sentido, porém, a intervenção nutricional é encorajada, nos dois últimos artigos citados, pela observação que muitos pacientes que recebem o AN relatam benefícios na saúde e bem-estar geral maiores do que os que não recebem, justificando, assim, a importância da inclusão do nutricionista como

parte da equipe de CP, demonstrando interesse e compromisso com o bem-estar daqueles que têm dificuldades para se alimentar^{28 14 4}.

O uso de SNO é indicado quando uma dieta enriquecida é ineficaz para alcançar as necessidades e quando há baixa aceitação devido à retenção de líquidos e ascite^{18 26}. A prescrição deve ser individualizada e seu uso reavaliado⁵.

Childs e Jatoi (2019) trazem uma reflexão a respeito do uso de SNO em pacientes oncológicos com inapetência, cuja estratégia está relacionada à tentativa de reduzir a perda ponderal. O uso de SNO não trata a anorexia em si e a aceitação do suplemento é barrada pela inapetência. Nesse sentido, fica a sugestão de se tentar minimizar a anorexia para, assim, tratar a perda ponderal⁴.

O uso de suporte nutricional enteral e parenteral em CP é bastante controverso. Childs e Jatoi (2019) trazem a incerteza da ESPEN quanto ao uso da nutrição enteral (NE) em pacientes oncológicos, apoiando seu uso apenas em pacientes com ingestão de nenhum alimento por mais de uma semana ou menos de 60% das necessidades por mais de 1-2 semanas, com escalonamento entre SNO, seguida de NE e, apenas por último, NP¹⁸. Já as diretrizes para CP da *National Comprehensive Cancer Network* aconselham considerar a NE ou NP apenas quando o prognóstico é mais longo do que semanas a dias, porém, essa decisão deve ser bem determinada individualmente, e, na maioria dos casos, em pacientes com câncer avançado, há um forte desencorajamento quanto ao uso de suporte nutricional invasivo⁴.

Em consonância com esses achados, Day (2017) traz que a NA deve ser uma abordagem focada no paciente, levando em consideração sua QV, status funcional e a trajetória da doença. À medida que a morte se aproxima, é natural que haja uma redução na ingestão oral e a NA continuada pode contribuir para a exacerbação de sintomas, como a dispnéia, provocando maior desconforto. A interrupção da NA deve ser bem trabalhada com os familiares, visto que muitos veem essa atitude como o apressar da morte por inanição, quando, na verdade, a intenção é minimizar o sofrimento⁵.

Diversos estudos como os de Von Gunten e Gafford (2013), Goto (2019), Kumar e Panda (2014) e Lowey (2017) concluíram que o uso da NA não reverte, por si só, a anorexia e pode piorar a QV dos pacientes, principalmente em estágio terminal, devido à ocorrência de complicações como náuseas e vômitos, diarreia, aspiração, dispneia, edema, aumento na incidência de infecções e complicações mecânicas^{28 8 26 15}.

5 CONCLUSÃO

A presente revisão identificou que o manejo da anorexia em CP deve ser feito de forma individualizada, de acordo com os sintomas apresentados, estadiamento da doença de base e condições nutricionais. O uso da dexametasona é mais indicado em pacientes com baixa expectativa de vida devido aos potenciais efeitos colaterais em doses cumulativas, ao passo que o AM é recomendado para pacientes com expectativa de vida maior, devendo ser evitado quando há histórico de eventos trombóticos. Evidenciou-se que a anamorelina reverte a anorexia em pacientes com câncer de pulmão, e que o uso do dronabinol não mostrou melhores efeitos na anorexia em comparação com os demais fármacos estudados. O AN é a principal medida não-farmacológica, buscando a promoção do alívio de sintomas relacionados à baixa ingestão alimentar, além de orientações para uso de alimentos fortificados, estímulo às refeições culturais e apoio familiar quanto à acessibilidade e assistência física. Para o uso de suporte enteral e parenteral, deve-se levar em consideração o prognóstico e a ocorrência de complicações. Esses achados podem auxiliar a elaboração de protocolos para o tratamento desse sintoma tão frequente no contexto dos CP, a fim de promover uma melhor QV e bem-estar a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, (organizadores). Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2012. 1-592 p.
2. World Health Organization. National Cancer Control Programmers [Internet]. Vol. 24, National cancer control programmers policieis and managerial guidelines. 2002. 200-204 p. Available from: <https://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>
3. Del Ferraro C, Grant M, Koczywas M, Dorr-Uyemura LA. Management of anorexia-cachexia in late-stage lung cancer patients. *J Hosp Palliat Nurs*. 2012;14(6):397-402.
4. Childs DS, Jatoi A. A hunger for hunger: a review of palliative therapies for cancer-associated anorexia. *Ann Palliat Med*. 2019 Jan;8(1):50-8.
5. Day T. Managing the nutritional needs of palliative care patients. *Br J Nurs*. 2017;26(21):1151-9.
6. Tavares De Souza M, Dias Da Silva M, De Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1):102-6.
7. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Gherzi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Rev Esp Nutr Humana y Diet*. 2016;20(2):148-60.
8. Goto H, Kiyohara Y, Shindo M, Yamamoto O. Symptoms of and Palliative Treatment for Unresectable Skin Cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;20(4).
9. Hurlow A. Nutrition and hydration in palliative care. *Br J Hosp Med*. 2019 Feb 2;80(2):78-85.
10. Okamoto H, Shono K, Nozaki-Taguchi N. Low-dose of olanzapine has ameliorating effects on cancer-related anorexia. *Cancer Manag Res*. 2019;11:2233-9.
11. Hisanaga T, Shinjo T, Imai K, Katayama K, Kaneishi K, Honma H, et al. Clinical Guidelines for Management of Gastrointestinal Symptoms in Cancer Patients: The

- Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *J Palliat Med.* 2019;XX(Xx):1-12.
12. Kasvis P, Vigano M, Vigano A. Health-related quality of life across cancer cachexia stages. *Ann Palliat Med.* 2018;8(1):33-42.
 13. Mücke M, Weier M, Carter C, Copeland J, Degenhardt L, Cuhls H, et al. Systematic review and meta-analysis of cannabinoids in palliative medicine. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2018;9(2):220-34.
 14. Hagmann C, Cramer A, Kestenbaum A, Durazo C, Downey A, Russell M, et al. Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain Physical Symptom Management in Cancer Patients. *Semin Oncol Nurs.* 2018;34(3):227-40.
 15. Lowey SE. Palliative Care in the Management of Patients with Advanced Heart Failure. In: Springer International Publishing. 2017. p. 295-311.
 16. Prommer E. Oncology Update: Anamorelin. *Palliat Care.* 2017;10.
 17. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr.* 2017;36(1):11-48.
 18. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(5):1187-96.
 19. Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, Okamoto K, Matsumoto Y, Kaneishi K, et al. Predictors of Responses to Corticosteroids for Cancer-Related Fatigue in Advanced Cancer Patients: A Multicenter, Prospective, Observational Study. *J Pain Symptom Manage.* 2016;52(1):64-72.
 20. Hatano Y, Moroni M, Wilcock A, Quinn S, Csikós Á, Allan SG, et al. Pharmacovigilance in hospice/palliative care: The net immediate and short-term effects of dexamethasone for anorexia. *BMJ Support Palliat Care.* 2016;6(3):331-7.
 21. Raghavan D, Holley JL. Conservative Care of the Elderly CKD Patient: A Practical Guide. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2016;23(1):51-6.

22. Prommer EE. Palliative pharmacotherapy: State-of-the-art management of symptoms in patients with cancer. *Cancer Control*. 2015;22(4):403-11.
23. Miller S, McNutt L, McCann M-A, McCorry N. Use of Corticosteroids for Anorexia in Palliative Medicine: A Systematic Review. *J Palliat Med*. 2014;17(4):482-5.
24. Lynch MT. Palliative Care at the End of Life. *Semin Oncol Nurs*. 2014;30(4):268-79.
25. Alesi ER, del Fabbro E. Opportunities for Targeting the Fatigue-Anorexia-Cachexia Symptom Cluster. *Cancer J*. 2014;20(5):325-9.
26. Kumar M, Panda D. Role of Supportive Care for Terminal Stage Hepatocellular Carcinoma. *J Clin Exp Hepatol*. 2014;4(August):S130-9.
27. Ruiz Garcia V, López-Briz E, Carbonell Sanchis R, Gonzalvez Perales JL, Bort-Martí S. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Mar 28;(3).
28. Von Gunten CF, Gafford E. Treatment of non-pain-related symptoms. *Cancer J (United States)*. 2013;19(5):397-404.
29. McHugh ME, Miller-Saultz D. Assessment and Management of Gastrointestinal Symptoms in Advanced Illness. *Prim Care - Clin Off Pract*. 2011;38(2):225-46.
30. Andrew IM, Waterfield K, Hildreth AJ, Kirkpatrick G, Hawkins C. Quantifying the impact of standardized assessment and symptom management tools on symptoms associated with cancer-induced anorexia cachexia syndrome. *Palliat Med*. 2009;23(8):680-8.
31. OPAS. No Title [Internet]. OPAS. Folha informativa - câncer. 2019 [cited 2019 Jul 24]. p. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_cont. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094

ANEXOS

ANEXO 1 - NORMAS DA REVISTA CUIDADO É FUNDAMENTAL PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO

FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

FORMATO: “.doc”;

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ¶, §§, ††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo.

Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):

1. Editorial - Limite máximo de 600 palavras;
2. Artigos originais - Limite máximo 4500 palavras;
3. Revisão - Limite máximo de 5000 palavras;

ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2019, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio - será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;

- Mais de 50% de plágio - será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol)
2. Resumo (nos 3 idiomas do título)
3. Descritores (nos 3 idiomas do título)
4. Introdução
5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;
- Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

TÍTULO

Deve aparecer nos 3 idiomas do Resumo; Tem

limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido; Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH)

→ www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html. Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

METODOLOGIA

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa,

população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações

que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta

apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis.

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas.

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010
(Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes¹.

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: 8-10 - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: 8,10 - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:13 - a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: (8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)

